



دانشگاه علوم پزشکی
ایلام

فرم تعیین وقت دفاع از پروپوزال دانشجویان تحصیلات تکمیلی

Form for Scheduling the Proposal Defense Session of Graduate Students

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده

To: Director of Graduate Studies, School of

احتراماً براي اساس هماهنگي به عمل آمده با استاد مختارم راهنماء، مشاور و داور، تاريخ پيشنهادی زير جهت برگزاری جلسه دفاع از پروپوزال تقدیم می گردد.

Respectfully, based on coordination with the supervisor(s), co-supervisor(s), and reviewer(s), the following proposed date is submitted for holding the proposal defense session.

عنوان پایان نامه:

Thesis Title:

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:

Student Name and Signature:

امضاء کارشناس تحصیلات تکمیلی / پژوهشی:

Graduate Studies/research Officer Signature:

تاریخ و ساعت پیشنهادی:

Proposed Date and Time:

مکان جلسه:

Session Venue:

نام و نام خانوادگی و امضاء استاد

Full Name and Signature

Second Supervisor

استاد راهنما دوم

First Supervisor

استاد راهنما اول

Second Co-supervisor	First Co-supervisor	استاد مشاور اول
Director of Graduate Studies / Research	Statistical Co-supervisor	استاد مشاور آماری
Reviewer	Reviewer	استاد داور

امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی/پژوهشی دانشکده

Signature of Director of Graduate Studies / Research, School